DISSERTATION

N° ~~15~~. 14.

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 14 MARS 1842,

PAR

J.-G.-D.-Emile Rougier.

de Montlieu (Charente-Inférieure);

Chirurgien Sous-Aide attaché à l'Hôpital militaire de Marseille; ex-élève externe des Hôpitaux civils de Paris et de l'Hôpital maritime de Rochefort;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Non ignara mali, miseris succurrere disco.

VIRGILE, AEnéide, liv. I.



MONTPELLIER,

VEUVE RICARD, NÉE GRAND, IMPRIMEUR, PLACE D'ENCIVADE.

1842.

QUESTIONS IMPOSÉES PAR LE SORT.

1° SCIENCES ACCESSOIRES.

Quels sont les agents chimiques capables de neutraliser les propriétés vénéneuses des acides et des alcalis ?

2° ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des canaux veineux des os.

3° SCIENCES CHIRURGICALES.

Dans quels cas et comment pratique-t-on la résection de l'articulation radio-carpienne?

4° SCIENCES MÉDICALES.

Des céphalocystes.

AUX MEILLEURS DES AMIS,

MON BON PÈRE, MA BONNE MÈRE.

Conservez-moi toujours votre amour.

Mes Frères **Eugène** & **Aristide.**

Union, Amitié.

ÉMILE ROUGIER.

DISSERTATION

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE.

HISTORIQUE.

L'affection typhoïde est une de ces maladies qui intéressent vivement la médecine sous le rapport de leur gravité et de leur fréquence. Observée long-temps par les praticiens avant d'avoir été acquise à la science nosographique, cette maladie fut connue sous les différents noms de fièvre typhoïde, putride, grave, maligne, etc.; Pinel lui-même l'a décrite dans sa nosographie sous les dénominations de fièvre ataxique, et fièvre adynamique. Enfin, la confusion apparente qui règne dans les écrits des

anciens sur les fièvres, s'explique par leur manière d'envisager les maladies : pour eux, tout caractère fondamental qui donnait lieu à une indication majeure de traitement, formait une espèce particulière de maladie.

Jusqu'à ces dernières années, l'affection typhoïde avait été considérée comme ayant été observée par Hippocrate ; on croyait la reconnaître dans ses différentes fièvres des épidémies, le *causus*, la *phrenitis*, et le *lethargus*. Depuis les observations des médecins militaires en Grèce et en Afrique, on a pu aujourd'hui classer exactement les histoires des maladies qu'Hippocrate a consignées dans ses épidémies. M. Boudin, qui a été à même de voir et de juger par lui-même, dit, dans un ouvrage qu'il vient de publier sur les fièvres intermittentes et continues des pays chauds : « les fièvres continues ou *continentes*, πυρετοι ξυνεχεες, du Père de la médecine, loin d'appartenir, comme on l'a cru trop long-temps, aux fièvres typhoïdes du nord de l'Europe, ne sont, au contraire, autre chose que la forme continue des fièvres de marais, telle que nous l'avons observée, non-seulement dans le nord de l'Afrique, mais dans cette même Grèce, lors de l'expédition française de Morée, en 1828 (1). » M. Littré, en analysant et comparant les fièvres continues d'Hippocrate avec les observations des pathologistes modernes faites en Grèce, au Bengale et en Afrique, arrive à la même opinion : « les fièvres qui ont tant fait souffrir l'armée française dans l'expédition de Morée, dit-il, sont celles que nous a décrites Hippocrate..... La Grèce antique et la Grèce moderne sont, à vingt-deux siècles de distance, affligées par les mêmes fièvres. » Les observations que M. Maillot rapporte, en Afrique, aux fièvres comateuses ou délirantes, ne sont donc autres que celles qu'Hippocrate a appelées *lethargus* et *phrenitis*. M. Littré s'étonne de ce qu'on n'ait pas établi plus tôt l'identité des fièvres des épidémies avec celles des pays chauds : « cependant, pour mon compte, dit-il, j'ai moins que personne le droit d'en être surpris ; car ce n'est qu'après des efforts long-temps inutiles ; qu'après m'être fourvoyé maintes fois, que je suis

(1) Traité des fièvres intermittentes et continues des pays chauds. Paris, 1842, p. 33.

arrivé à un résultat satisfaisant..... On se rendra raison de cette difficulté, continue-t-il, en se rappelant combien l'étude de la médecine selon les climats, est encore peu avancée ; ce qui explique aussi combien l'on est toujours tenté de ramener à la mesure des faits que l'on observe, les faits que l'on n'observe pas (1). » M. Boudin fait sentir également l'importance et la nécessité d'étudier dans la médecine une branche nouvelle, la *géographie médicale*.

Si nous osions parler ici après ces deux auteurs, nous dirions combien nous aussi, en Afrique, avons été frappé de la dissemblance qui existe entre la fièvre typhoïde de Paris et différents cas de fièvres d'Afrique que plusieurs médecins appellent typhoïdes. Cette dissemblance est pour nous résolue aujourd'hui.

Ce n'est guère que depuis une trentaine d'années que cette maladie a été bien spécifiée, que ces différentes formes ont été rapportées à une seule fièvre. M. Petit, en 1813, décrivit sous le nom de fièvre entéro-mésentérique, un groupe de symptômes déterminés qu'il rattacha à la lésion des ganglions lymphatiques du mésentère et à celle de l'intestin grêle. Depuis, MM. Bretonneau et Louis nous ont fait reconnaître, dans la fièvre de M. Petit, toutes les maladies vagues des anciens et des modernes décrites sous différents noms.

Cette maladie étant aujourd'hui mieux connue, c'est-à-dire mieux reconnue dans ses différents symptômes, chaque pathologiste a voulu lui donner un nom particulier d'après les organes qui lui ont paru le plus affectés, soit anatomiquement, soit physiologiquement. Aussi, depuis l'entéro-mésentérique, nous avons eu la gastro-entérite de Broussais, l'exanthème intestinal de M. Andral, l'entérite folliculeuse de MM. Cruveilhier, Forget, la dothiénentérie de M. Bretonneau, l'affection typhoïde de MM. Chomel et Louis, etc. On voit, par ces nouvelles dénominations comparées aux anciennes, toute la différence qui existe aujourd'hui avec les anciens et nos prédécesseurs dans la manière d'envisager cette maladie. Ceux-ci, ne rattachant la maladie à aucune lésion locale,

---

(1) Traduction des œuvres d'Hippocrate, tom. II, pag. 562 et 567.

employaient des termes généraux propres, en effet, à désigner une *affection* morbide qui a frappé primitivement tout l'individu, et de laquelle résultent les diverses altérations matérielles que l'École hippocratique considère comme un effet variable et non nécessaire de l'affection typhoïde du système vivant. Les pathologistes d'aujourd'hui rattachant, au contraire, la maladie à une lésion, emploient des termes qui la localisent ; ils circonscrivent son théâtre.

Nous préférons la dénomination d'*affection typhoïde*, parce que, de tout temps, chez les anciens comme chez les modernes, elle a été employée pour désigner cette maladie, et que, dans les hôpitaux, on ne se sert guère d'autre expression, à moins que ce ne soit dans les salles des localisateurs. Nous disons affection au lieu de maladie, parce que nous regardons cet état morbide comme essentiel, c'est-à-dire nullement d'abord localisé et pouvant revêtir différentes formes, comme bien d'autres affections, selon la constitution du sujet, la constitution atmosphérique, etc.

SYMPTOMATOLOGIE.

Il est d'ordinaire assez facile, même à celui qui a suivi pendant quelque temps les hôpitaux, et qui a eu occasion d'observer plusieurs fois la fièvre typhoïde, de reconnaître, au facies du malade, cette affection, si toutefois elle n'est pas commençante. La figure est d'un pâleur terreuse; les yeux sont caves, cernés de noir, et n'ont point d'éclat; les narines sont pulvérulentes; les lèvres sont noires, gercées; si la bouche est entr'ouverte, on voit les dents et la langue couvertes de fuliginosités épaisses; enfin, l'ensemble de la figure exprime un état de *stupeur* si constant et si caractéristique, qu'elle a servi à dénommer l'affection (τυφοσ, stupeur, ειδοσ, ressemblance). Examinons successivement, mais aussi succinctement que possible, les différents symptômes de cette maladie.

Prodrômes. — Ils sont variables pour le nombre, l'espèce et la durée ; voici les principaux : céphalalgie frontale, inaptitude aux travaux intellectuels, tristesse, inquiétude ou apathie, horripilation, chaleur erra-

tique, principalement à la paume des mains et à la plante des pieds; faiblesse générale, diminution progressive de l'appétit, diarrhée, rarement constipation. Ces divers prodrômes apparaissent quelquefois plus de huit jours avant que l'affection ne soit bien déclarée; on a vu aussi, mais rarement, l'invasion être subite, le malade ne s'étant aperçu d'aucun malaise avant d'être obligé de garder le lit.

Diagnostic. — Nous établissons notre diagnostic sur l'ensemble des symptômes suivants : céphalalgie sus-frontale continue et intense; peu de de sommeil ou agité par des rêves fatigants que le malade confond assez ordinairement avec l'état de veille; tintements et bourdonnements d'oreille auxquels succède une diminution notable de l'ouïe; obscurcissement progressif de la vue, conjonctive injectée, vue et odorat affaiblis; la bouche s'humecte imparfaitement et devient pâteuse; les dents se couvrent de fuliginosités; la langue est rouge au limbe et couverte au centre d'un enduit blanc ou jaunâtre; l'appétit est nul et la soif vive; l'altération des traits est frappante; la physionomie, sans expression autre que l'idiotisme ou l'apathie, ne peut sortir de cet état, et encore momentanément, que si l'attention du malade est fortement attirée sur quelque chose; son regard dénote une altération remarquable de l'intelligence; cependant ses réponses sont justes et libres; mais la prononciation des mots est lente, pénible; l'auscultation des poumons fait percevoir fréquemment, en arrière de la poitrine, le râle sibilant; le pouls est accéléré, large, résistant et ordinairement rebondissant; la peau est chaude, halitueuse, l'abdomen météorisé; et si l'on explore avec la main la région iléo-cœcale, on sent un gargouillement presque constant, et l'on provoque une douleur qui s'exaspère à la pression. On observe encore de la diarrhée plus ou moins abondante; les fèces et l'urine, fortement colorées, ont une odeur fétide très-caractérisée; une éruption de petites taches rosées apparaît sur l'abdomen, quelquefois aussi sur le tronc et même sur les membres; ces petites taches de forme lenticulaire, un peu élevées au-dessus du niveau de la peau, disparaissent momentanément, comme l'érysipèle, à la pression du doigt; enfin, ordinairement il survient des épistaxis plus ou moins abondantes; on a voulu même considérer ces derniers symptômes comme signes pathognomoniques de la fièvre typhoïde.

PRONOSTIC. — Le pronostic de cette maladie est toujours fort grave : « il est peu de maladies, dit M. Chomel, qui fassent autant de victimes proportionnellement au nombre de sujets qui en sont atteints. » Nous ne pouvons pas nous étendre assez pour passer en revue, comme ce professeur, l'influence des diverses manières d'être de chaque malade, telles que l'âge, le sexe, la constitution, etc., pour résister plus ou moins à cette redoutable affection. Nous continuerons l'examen de la marche des symptômes que nous avons énumérés dans le diagnostic.

Comme pour toutes les affections graves dont la terminaison est si incertaine, il est assez difficile ici de pouvoir poser un pronostic assuré ; c'est peut-être même en cette occasion que le praticien exercé doit être le plus réservé sous ce rapport. Néanmoins nous allons, d'après les auteurs, et d'après ce que nous avons pu observer, essayer de signaler quelques probabilités sur la terminaison heureuse ou malheureuse de cette maladie. Pendant le premier septénaire, la mort est très-rare ; on l'a cependant observée une ou deux fois, je crois, dès le cinquième jour. C'est ordinairement au commencement du second septénaire que les signes s'amendent ou s'aggravent. La terminaison prend-elle une marche funeste ? on voit apparaître de nouveaux symptômes ; et en même temps que la plupart des premiers augmentent d'intensité, quelques autres disparaissent. A la céphalalgie succède la somnolence ou un délire tranquille que nous ne pouvons mieux comparer qu'à l'état d'enfance chez le vieillard ; quelquefois le délire est furieux : alors les sens de l'ouïe et de la vue sont exaltés; les narines se sèchent et deviennent pulvérulentes; les lèvres, les dents, les gencives et la langue, se couvrent de matière fuligineuse très-épaisse ; la langue se gerce, saigne ; elle est comme brûlée, presque incontractile, et l'on constate assez souvent une diminution sensible de sa température ordinaire. Avec cette grande sécheresse de la bouche, le malade sent le besoin de boire ; mais il est trop abattu, même pour l'exprimer ; les traits sont considérablement altérés, la figure est méconnaissable ; les yeux se cavent et sont cernés de noir ; la rougeur de la conjonctive augmente : nous croyons devoir dire ici que cette rougeur des yeux, signalée par plusieurs auteurs, même par Hippocrate, dans les maladies de l'abdomen, nous n'avons pas encore été

assez heureux pour la rencontrer d'une manière frappante dans l'affection typhoïde ; le pouls est devenu très-vif, petit et mou ; la peau, par son peu de chaleur, contraste avec l'accélération du pouls; elle est sèche, comme parcheminée, ou couverte d'une sueur visqueuse; il s'en exhale une odeur repoussante qui cependant n'est pas caractéristique; elle est variable, et l'odeur de souris est bien moins ordinaire qu'on semble vouloir le dire : nous ne la croyons point occasionnée par le séjour des urines dans les draps du malade; car nous avons rencontré cette odeur chez des malades qui étaient propres, et, chez d'autres, qui étaient sales, nous ne l'avons pas rencontrée. Du reste, on observe quelquefois cette odeur dans beaucoup de maladies graves pendant lesquelles les sujets n'excrètent point librement leurs urines qui sont retenues long-temps dans la vessie, d'où elles ne sortent enfin que par regorgement. En même temps que ces phénomènes se présentent, le ventre se météorise de plus en plus; les taches rosées et les pétéchies qui ont apparu persistent ou augmentent; la douleur iléo-cœcale existe toujours sans être plus vive; la vessie perd sa contractilité ou sa sensibilité, et il y a ou incontinence ou rétention d'urine plus ou moins complète; la diarrhée est plus fréquente, et les fèces sont plus liquides, bourbeuses, noirâtres et fétides; elles sortent à l'insu du malade. On remarque le soubresaut des tendons à tous les membres, mais principalement au poignet; le phénomène de la carpologie se présente plus extraordinaire, plus fort dans cette maladie que dans toute autre; des escarres se forment à presque toutes les parties saillantes qui reposent sur le lit, au sacrum, aux trochanters, même aux coudes, etc. Une maigreur extrême se fait remarquer; le malade est dans l'impossibilité de se mouvoir, de se tourner dans son lit, et même quelquefois de soulever son bras; enfin, il peut rester ainsi un ou deux jours; et, s'il s'éteint, c'est sans agonie, sans s'en apercevoir : il n'y a point ici de lutte apparente entre la vie et la mort.

Les effrayants symptômes que nous venons de tracer ne découragent point le praticien éclairé, surtout s'ils sont arrivés d'une manière progressive, vers le quinzième jour de la maladie; néanmoins il ne peut conserver de grandes espérances. Mais si l'affection n'a pas suivi une marche régulière; s'il y a eu des exacerbations, des enjambements de

symptômes, et si ces derniers que nous avons décrits apparaissent dès la fin du premier septénaire; ou, au contraire, si la maladie ayant marché lentement et irrégulièrement, ils ne se présentent que vers le trentième jour, on ne peut en tirer qu'un triste pronostic; le praticien dit, avec le vieillard de Cos : κακόν.

Si la maladie doit arriver à une heureuse fin, tous les symptômes commencent à s'amender ordinairement après l'apparition subite de la maigreur, qui semble annoncer la terminaison du travail de l'affection : aussi est-elle généralement regardée comme un signe favorable lorsqu'il apparaît vers la fin du second septénaire, et que la maladie a eu une marche régulière ; elle constitue un mauvais signe dans le cas contraire. L'amendement se manifeste de suite par les phénomènes particuliers au système nerveux ; ce sont les organes les plus voisins du cerveau qui se ressentent les premiers de cette réaction : les yeux reprennent un peu de vivacité et d'éclat, la surdité diminue, les narines et la langue s'humectent, le pouls est moins précipité et s'élève un peu, la peau devient plus chaude, les pétéchies et les taches lenticulaires disparaissent, le météorisme s'affaiblit, la défécation devient sensible et moins fréquente, les escarres prennent l'aspect d'une plaie vive, le malade enfin entre en convalescence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions les plus constantes que l'on rencontre dans l'affection typhoïde et que l'on considère comme caractéristiques, sont l'altération des follicules isolés et agminés (glandes de Peyer et de Brunner), puis celle des ganglions mésentériques. L'altération des autres organes n'est généralement considérée que comme accidentelle ou secondaire. Notons que l'estomac se trouve presque toujours à l'état sain, ce qui fait dire à M. Cruveilhier que ce n'est pas une entérite proprement dite, et encore moins une gastro-entérite.

C'est dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, et surtout à la région

iléo-cœcale, qu'on trouve ces lésions caractéristiques. A l'extérieur de l'intestin, au bord convexe, on reconnaît déjà ces altérations par des taches saillantes, rouges, noirâtres, recouvertes quelquefois de pseudo-membrane, et adhérentes aux parties voisines. En pinçant les parois intestinales dans les divers points où se rencontrent les plaques altérées, on perçoit des tumeurs, des irrégularités, indice des altérations intérieures de l'intestin. C'est uniquement d'après ces vestiges extérieurs, nous dit M. Forget, que les anciens, jusqu'à une époque voisine de la nôtre, jugeaient le plus souvent des lésions intestinales, et qu'ils prononçaient que les intestins étaient enflammés, gangrenés, etc.

Follicules isolés. — Ces follicules se présentent altérés sous la forme d'une éruption miliaire blanche, disséminée dans presque tout l'intestin grêle, mais principalement à la fin de l'iléon. On voit ces follicules augmenter progressivement de nombre et de volume, depuis la fin du jéjunum jusqu'à la valvule iléo-cœcale : M. Forget regarde ces follicules comme de simples petites utricules remplies d'une matière blanchâtre, analogue à celle que l'on rencontre dans les follicules agminés.

Follicules agminés. — Ces follicules forment des plaques ordinairement elliptiques, dont le grand diamètre, situé suivant le sens longitudinal de l'intestin, atteint de un à cinq centimètres, et le diamètre transversal de un à trois. Ces plaques se rencontrent sur la valvule iléo-cœcale même, à la fin de l'intestin grêle, dans le cœcum, et plus rarement au commencement du colon. Ces altérations présentent différentes formes appelées pointillée, gaufrée, réticulée, ulcéreuse, gangréneuse et pustuleuse.

Forme pointillée. — Elle a été décrite, pour la première fois, par Rœderer et Wagler, qui l'ont comparée à une barbe fraîchement rasée. La nature de cette plaque n'est pas exactement déterminée par les pathologistes : les uns veulent qu'elle soit physiologique, et d'autres qu'elle soit morbide ; ceux-ci la regardent tantôt comme une résolution de l'altération des follicules, tantôt comme une altération spéciale. Nous l'avons rencontrée assez souvent chez des sujets morts d'affections différentes, pour nous croire autorisé à penser, avec M. Chomel, que ces plaques sont au moins une variété de l'état normal.

Forme gaufrée. Plaques dures de M. Louis. — Ces plaques sont con-

stituées par une réunion de follicules hypertrophiés, durs, élastiques, élevés au-dessus de la muqueuse environnante, dont la couleur est moins tranchée que celle qui recouvre les follicules. Ces plaques présentent une surface lisse ou légèrement granuleuse ; elles sont formées par une couche de matière élastique, d'un gris jaunâtre, cassante, et brillante à la section. M. Chomel la compare à la matière tuberculeuse non ramollie ; elle repose sur le plan musculaire, et n'en est séparée que par un peu de tissu cellulaire ; elle n'envahit pas toujours la totalité de la plaque. M. Forget reconnaît, le plus souvent, de l'injection et du ramollissement dans la muqueuse qui recouvre et environne ces plaques. M. Chomel ne l'admet que difficilement. Cette dissidence d'opinion nous fortifie dans notre manière de voir sur le peu d'importance de cette altération dans le développement de l'entérite folliculeuse du professeur de Strasbourg. Nous avons, en effet, rencontré quelquefois la muqueuse très-injectée, très-ramollie, se ramassant en bouillie sous la traction du scalpel, et quelquefois aussi nous l'avons trouvée d'une couleur et d'une consistance très-normales.

Forme réticulée. Plaques molles de M. Louis. — Ces plaques sont ordinairement moins grandes que les autres et ne font point saillie à l'intérieur de l'intestin ; quelquefois même elles paraissent déprimées. Leur consistance est molle ; la muqueuse qui les recouvre varie du gris rosé au rouge foncé ; elle y forme une espèce de réseau à mailles distinctes et assez régulières ; ces mailles n'existent pas toujours sur toute la plaque.

Forme ulcéreuse. — Ce n'est qu'un état secondaire des deux formes précédentes. Elle s'établit, selon M. Chomel, du huitième au quinzième jour, et procède de deux manières différentes : 1° la muqueuse qui recouvre la plaque commence à présenter, sur un point de son étendue, une petite ulcération qui s'étend en longueur et en profondeur, et marche ainsi jusqu'à ce que toute la plaque soit envahie ; elle attaque, détruit les fibres musculaires, et perfore quelquefois le péritoine. Cette ulcération paraîtrait être occasionnée par le ramollissement de la matière blanchâtre ; et nous attribuerions les perforations intestinales à la présence trop prolongée de cette matière ramollie ? Dans les trois cas de perforation que nous avons eu occasion d'observer, nous avons remarqué à l'ul-

cère une notable quantité de cette matière blanchâtre. Les perforations se rencontrent communément dans les petites plaques : il semble, dit M. Forget, que l'ulcération gagne en profondeur ce qu'elle perd en étendue. 2° La muqueuse présente à la fois plusieurs points ulcérés par où passent les débris de cette matière qui paraît ramollie et désorganisée en masse ; la muqueuse se détruit tout en laissant des espèces de brides qui retiennent encore quelque temps cette matière en rapport avec les parties qu'elle recouvre.

Forme gangréneuse. Escarres jaunes de M. Chomel. — Ce n'est que la mortification des plaques qui prennent alors, par l'imbibition du fluide biliaire, une couleur jaune verdâtre, et qui, devenues corps étrangers, se détachent, tombent en détritus, et sont entraînées avec les matières fécales.

Forme pustuleuse. — Plusieurs pathologistes considèrent cette forme comme une altération des follicules isolés ; nous pensons, avec M. Forget, qu'elle est une réunion de quelques follicules pas assez nombreux pour former une plaque. Leur volume, bien plus gros que celui des follicules isolés, puis leur tendance à s'ulcérer, les distingue parfaitement de ceux-ci. On les rencontre avec les plaques, vers la fin de l'intestin grêle, dans le cœcum, et dans le colon ascendant et transverse. M. Cruveilhier considère cette forme comme liée aux affections les plus graves et le plus promptement mortelles. Ces pustules se présentent sous l'aspect de gros boutons ulcérés à leur centre, tantôt sous celle de petites ulcérations que M. Cruveilhier compare aux dépressions que laisse après elle la petite vérole confluente; lorsque la muqueuse qui recouvre le sommet du bouton est ulcérée, la petite masse de matière blanchâtre qui est contenue dans l'intérieur présente une sorte de bourbillon et s'en détache facilement.

C'est la forme des plaques gangrenées et des pustules qui, ayant le plus attiré l'attention de M. Bretonneau, lui a fait donner à cette affection le nom de *dothiénentérie* (furoncle ou bouton de l'intestin).

Ganglions mésentériques. — L'altération de ces petits organes est aussi fréquente que celle des follicules qu'elle semble suivre pas à pas. En effet, là où existent des follicules altérés, les ganglions correspondants le sont aussi, et la gravité de leur état morbide répond presque toujours

à celle des plaques dans l'état normal; ils sont gros comme une petite lentille; ici ils acquièrent souvent le volume d'un œuf de pigeon. Leur consistance varie; il y en a qui sont tellement mous, presque diffluants, qu'on les écrase entre les doigts; et d'autres, au contraire, sont beaucoup plus durs que dans l'état normal : ces deux degrés de consistance s'observent dans les ganglions les plus développés, comme dans ceux qui le sont le moins; leur mollesse paraît être due à la présence du pus qui se forme en commençant toujours par le centre.

Altération de la rate. — Tous les observateurs sont d'accord sur l'altération presque constante de cet organe qui acquiert une notable augmentation de volume et de ramollissement. « Ces différentes altérations, soit de volume, soit de consistance, dit M. Chomel, ne se lient à aucun symptôme particulier, ni à aucune forme de l'affection typhoïde. » La physiologie n'ayant point jusqu'à ce jour découvert les fonctions, l'importance de cet organe, la pathologie n'a pu aussi que constater ses lésions, sans découvrir quelques rapports directs avec un organe quelconque de l'économie. Nous noterons en passant que la même altération de cet organe se rencontre dans les fièvres paludéennes, affection qui est non-seulement différente de l'affection typhoïde, mais qui lui serait antagoniste, d'après l'observation nouvelle de M. Boudin : selon cet observateur, où règnent des fièvres intermittentes, on ne rencontre pas de fièvres typhoïdes. On a pu, en effet, cette année, à Montpellier, vérifier cette observation de M. Boudin : la fièvre typhoïde n'a sévi que sur les militaires du génie, tandis que le 8me de ligne, qui vient d'Afrique, et qui est encore sous l'influence de l'intoxication des marais, a été épargné par la fièvre typhoïde.

Altération du foie. — Cet organe ne présente rien de bien extraordinaire quant à sa consistance et à sa couleur; on y observe un ramollissement, lorsque les autres organes thoraciques et abdominaux présentent cet état. La sécrétion du fluide biliaire paraîtrait être altérée en qualité et en quantité; la vésicule en est souvent très-distendue, et on en trouve dans l'intestin une quantité notable; il est plus liquide et moins coloré que dans l'état normal, et semble avoir perdu quelques-unes de ses propriétés digestives, comme nous l'avons pu observer une fois au com-

mencement d'une convalescence : les fèces étaient dures, en rondelle et blanches, et la région du foie ne présentait aucun point douloureux ; seulement l'appétit, chez ce malade, n'était pas aussi prononcé qu'il l'est ordinairement dans la convalescence de cette maladie.

Altération du cœur. — La consistance de cet organe, selon M. Louis, serait diminuée dans la moitié des cas. Sa coloration est ordinairement plus pâle, et l'on trouve assez souvent. à la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, une teinte rouge très-prononcée ; nous ne considérons point cette rougeur comme inflammatoire ; elle n'a aucun caractère propre à cet état : absence d'injection ; les limites sont tranchées, ce qui ne s'observe pas dans l'inflammation, puisque l'intensité de la rougeur de celle-ci diminue progressivement en rayonnant. Nous ne considérons cette rougeur que comme des taches cadavériques, ou plutôt des taches pétéchiales, telles que celles que l'on voit apparaître à la peau dans cette affection. Nous adoptons, du reste, parfaitement la manière de voir de M. Andral sur le peu d'importance de cette teinte rouge.

Le sang. — D'après toutes les recherches et les études chimiques des pathologistes sur l'altération de ce fluide dans l'affection typhoïde, nous ne pouvons que dire, avec M. Andral, « s'il existe une altération réelle du sang, elle n'est point, le plus souvent, appréciable à nos sens. » Le sang tiré des veines tantôt présente ou ne présente pas la couenne inflammatoire ; son caillot a tantôt une consistance ou plastique, ou friable, ou même diffluente, cependant, le plus souvent, il est mou ; sa couleur varie du rouge vif au noir ; à l'autopsie, on le trouve assez ordinairement brun et très-liquide ; quelquefois il ressemble à de la lavure de chair ; on rencontre très-rarement dans le cœur ou dans les gros vaisseaux, des caillots de sang dont la composition chimique est également altérée : selon quelques-uns, les pathologistes anglais surtout, il y a une diminution notable dans la quantité des sels qui entrent dans la composition de ce fluide, spécialement le muriate de soude selon le docteur Stevens ; l'acide carbonique selon le docteur Clanny. MM. Andral et Gavarret ont trouvé une diminution sensible dans la quantité de la fibrine.

Altération des poumons. — Cet organe se rencontre rarement à l'état

sain ; les altérations les plus profondes y naissent et se développent d'une manière pour ainsi dire latente. M. Bazin y a étudié deux altérations principales. La première est un engouement inflammatoire qui diffère peu de l'engorgement cadavérique. La seconde est une hépatisation qui offre une rougeur considérable, et qui, à la déchirure, ne présente pas l'aspect grenu qui est propre à l'hépatisation inflammatoire. Ce médecin a aussi étudié une troisième altération qu'il appelle apoplexie pulmonaire : c'est la formation d'un foyer sanguin avec destruction du tissu. Cette dernière altération se manifesterait dans les affections typhoïdes dont la marche est très-rapide, et qui, du premier abord, portent une action violente sur la poitrine.

Altération de l'encéphale. — Les altérations de cet organe sont ici bien obscures et bien peu déterminées. M. Louis prétend qu'il n'en existe aucune qui soit propre à cette affection. M. Andral remarque que, contrairement aux autres maladies, les lésions anatomiques du cerveau ne sont jamais ici dans un rapport constant avec les désordres fonctionnels qui se sont montrés pendant la vie. Malgré ces deux autorités, nous oserons signaler une altération que nous regardons comme la plus ordinairement constante et comme spéciale à cette maladie. Nous voulons parler de la consistance du cerveau, qui se rencontre très-souvent bien plus prononcée que dans l'état normal. En effet, si quelquefois on a trouvé cet organe ramolli, injecté ; quelquefois aussi on l'a trouvé d'une telle consistance, qu'il semblait avoir été plongé pendant quelque temps dans un acide minéral affaibli. Cette consistance du cerveau nous avait tellement frappé, dès le commencement de nos observations nécroscopiques, que, pour nos études anatomiques de cet organe, nous recherchions de préférence les sujets qui avaient été victimes de l'affection typhoïde, presque certain que nous étions de rencontrer le cerveau d'une bonne consistance plus qu'ordinaire ; et rarement nous avions déception.

Toutes ces altérations de différents organes, qui surviennent dans cette affection, n'ont point encore eu d'explication heureuse : nous ne pouvons prétendre à éclairer ce point ; nous nous contentons seulement du rôle d'observateur, dont nous serons toujours satisfait lorsque nous parviendrons à le bien remplir. Aussi, sans chercher à expliquer les lésions

de la région iléo-cœcale, nous remarquerons qu'il se passe en cette région cœcale une nouvelle élaboration de la digestion, ce qui peut faire supposer, dans la muqueuse de cette région, une organisation particulière inconnue à l'anatomie et à la physiologie. Cette organisation particulière expliquerait jusqu'à un certain point la présence assez constante de l'altération typhoïde.

Nous venons d'exposer, avec trop de détails peut-être, les diverses dégradations organiques notées par les médecins localisateurs. L'on peut remarquer que leur nombre égale seulement leur variabilité. Les altérations intestinales qui paraissent constantes, puisqu'on a voulu y placer le siége de l'affection, sont considérées, par plusieurs autres praticiens, comme des effets analogues et non nécessaires du même état morbide. Ainsi M. Andral nous apprend, dans sa clinique, que parfois les ulcérations ou les lésions de l'iléon ont manqué ; et les professeurs de clinique médicale de cette École ont depuis long-temps signalé ce fait important. Si tel est, en effet, le résultat de plusieurs cas bien constatés, il faut conclure que ces altérations diverses ne sauraient rendre raison de la scène morbide observée par le clinicien.

Convalescence. — La convalescence ne se montre guère avant la fin du second septénaire, à moins que l'affection n'ait été très-bénigne, et après le quatrième septénaire dans les cas graves. Nous n'adoptons point les chiffres statistiques des auteurs, car aucuns ne s'accordent ; et ceci se conçoit, car tous ont été relevés sur des affections d'une marche normale, et sur celles qui ont été plus ou moins enrayées ou compliquées par une cause quelconque. Pour nous, les cas exceptionnels, les cas où l'affection n'est pas franche, où elle n'est pas une, ne doivent point être énumérés dans une statistique. Que résulte-t-il de cette manière de poser aujourd'hui des lois à une maladie quelconque, à l'affection typhoïde, par exemple? C'est que, d'après l'énorme différence des chiffres statistiques de plusieurs observateurs, on serait autorisé à penser qu'il est question de maladies différentes. On doit dire aussi qu'en général ils ne s'entendent pas sur le point de départ. Par la méthode statistique, d'un côté on nous établit la convalescence de l'affection typhoïde du septième

au trentième jour, et, d'un autre côté, on nous la fait espérer seulement vers le quatre-vingt-dixième jour : les autres statisticiens nous donnent des chiffres intermédiaires.

La longueur de la convalescence est en rapport avec la gravité qu'a présentée la maladie. Ici plus qu'ailleurs les rechutes sont faciles et sont à craindre, surtout si l'affection a été grave; car les intestins doivent être ulcérés, et leur cicatrisation ne peut s'effectuer du jour au lendemain. Il n'en résulterait donc que de graves accidents si l'alimentation était difficile ou trop abondante. La réserve du convalescent sur sa nourriture ne pourra jamais être trop prolongée. Il ne devra également reprendre ses travaux d'esprit ou de corps que peu à peu. On remarque très-souvent, dans la convalescence, l'œdème des extrémités inférieures, qui est plus ou moins prononcé, selon ce qu'a été l'affection. Il est un autre phénomène encore plus constant : c'est la chute des cheveux; mais le parfait rétablissement de la santé les voit renaître. On a vu aussi l'émail des dents, qui, dans cette affection, lors de la convalescence, sont d'une sensibilité extrême, être attaqué et détruit en partie; on voit également certains organes des sens rester affaiblis assez long-temps : c'est tantôt la vue ou l'ouïe, quelquefois même l'olfaction. Il est un autre phénomène non moins important dont nous devons parler : c'est le dérangement momentané des facultés intellectuelles, qui ne consiste, le plus souvent, qu'en une simple manie de peu de durée, mais qui quelquefois oblige à séquestrer les individus loin de la société. M. Chomel cite le cas d'une jeune fille qui, vers le vingtième jour de sa convalescence, changea de caractère; elle devint méchante, acariâtre, et à tel point que sa raison s'altéra : on fut obligé de la faire transporter à la Salpêtrière, d'où elle sortit, parfaitement rétablie, une quinzaine de jours après. Ce phénomène du dérangement ou de l'affaiblissement des facultés intellectuelles avait été déjà remarqué par P. Frank, qui appelle cette affection fièvre continue nerveuse. « Dans la convalescence, dit-il, l'affaiblissement de l'esprit n'est pas moins long que celui du corps; les malades se rappellent difficilement les choses passées, et inspirent des craintes à leurs amis sur un certain état de démence qui doit cesser de lui-même au retour des forces. »

Après la lecture de son ouvrage de thérapeutique (1), nous serions porté à croire que M. Trousseau regarderait l'affection typhoïde comme une épreuve terrible mais avantageuse pour les personnes qui ont le bonheur d'en sortir, lorsque la maladie a été franche et sa marche régulière: il supposerait que l'intestin grêle, l'organe le premier formé dans l'évolution embryogénique, les racines, en quelque sorte, de l'organisation, serait le point de départ des tempéraments; et que, par suite de sa grande altération dans cette maladie, il ne reprendrait point son premier état vital, il renaîtrait en quelque sorte avec une organisation nouvelle, ou du moins modifiée; et de là le changement général qu'on observe dans l'économie.

Si nous n'avions eu égard à la réputation justement méritée de l'auteur, nous aurions passé sous silence une pareille opinion, car nous croyons que M. Trousseau fait un peu trop de concessions à l'affection typhoïde. Ses observations anatomiques sont loin d'être justes; les conséquences qu'il en tire nous paraissent bien hypothétiques, du moins quant à l'avantage que retire le malade de sa lutte avec cette affection morbide, quelque régulière et franche qu'elle se soit montrée. Si, après une bonne convalescence, sans *réliquats,* dit cet auteur, la santé paraît meilleure que d'ordinaire, les forces augmentées, nous l'attribuons tout simplement à l'âge du malade, qui, le plus souvent, est à l'époque où l'organisation s'accroît toujours et arrive à son maximum; d'ailleurs ce surcroît de force se remarque ordinairement à la fin des bonnes convalescences de toute maladie.

ÉTIOLOGIE.

Les causes occasionnelles de cette maladie qui paraissent avoir quelque influence, sont la mauvaise alimentation, l'habitation de lieux humides, peu éclairés et peu aérés, les affections morales tristes, le séjour récent dans les grandes villes, etc. Aucune de ces conditions, cependant, n'a

---

(1) Traité de thérapeutique; deuxième édition, tom. I, pag. 615.

pas de puissance bien décidée, puisqu'on voit cette affection se déclarer dans une foule de circonstances les plus opposées entre elles : dans toutes les classes de la société, dans les grandes villes comme dans les villages. Cependant nous reconnaissons aux passions tristes une très-grande influence sur son développement : chez les étudiants où nous avons vu cette affection, tous étaient, depuis quelques jours, plus ou moins tourmentés par des peines morales. Dans les hôpitaux, la plupart des typhoïdes sont des ouvriers ou des domestiques, et, presque toujours, si on les interroge bien, ils se trouvent être sous l'influence de cette cause. Dans les hôpitaux militaires, n'est-ce pas aussi chez les conscrits qui sont plus sujets à la nostalgie, que sévit davantage cette affection? Nous nous rappelons que notre premier chef de clinique, M. de Larroque, reconnaissant une grande influence aux chagrins sur le développement de la fièvre typhoïde, employait toujours des soins paternels pour dissiper chez ses malades leur inquiétude. « Bien qu'il n'y ait rien que de très-vague au sujet des impressions morales, dit encore M. Forget, on considère néanmoins avec raison les passions tristes comme ayant une influence fâcheuse sur l'invasion, comme dans l'évolution et la terminaison de l'entérite folliculeuse (1). »

L'influence du séjour récent dans les grandes villes n'est pas aussi grande qu'on semblait d'abord l'avoir observé : l'affection sévit tout aussi bien chez les personnes qui y sont nées ou qui y habitent depuis leur enfance. Si, jusqu'à ce jour, les observations de MM. Petit et Serres, sur cette cause, avaient paru exactes, c'est que, comme eux, on ne tenait compte que des malades des hôpitaux, et on ne considérait pas que, non-seulement les jeunes gens qui vont dans les hôpitaux sont presque toujours étrangers à la ville, mais encore que l'âge où cette affection se déclare le plus, c'est l'époque où les jeunes gens, de quelque profession que ce soit, vont séjourner dans les grandes villes : de là observe-t-on que l'affection typhoïde sévit davantage chez les personnes non acclimatées, ce qui a même porté quelques pathologistes à établir une comparaison entre l'acclimatement dans une grande ville, et celui des Européens dans

(1) Traité de l'entérite folliculeuse, pag. 460.

les climats brûlants où existent des maladies graves spéciales au pays.

L'âge est une des causes prédisposantes les plus actives : c'est, en effet, de vingt à trente ans, période de la vie dans laquelle les sexes sont le plus prononcés, et où l'énergie du principe vital est arrivée à son maximum, que se développe le plus souvent l'affection typhoïde. Il est assez rare de l'observer avant et après cet âge; néanmoins il se présente parfois quelques cas exceptionnels, tels que, par exemple, celui observé par M. Andral, chez un homme de soixante-dix ans. Cependant, aujourd'hui qu'on étudie partout cette affection avec plus d'attention peut-être, il semble qu'on l'a rencontrée assez fréquemment chez les jeunes enfants. Plusieurs observations en ont été publiées dans divers journaux; et l'Académie de médecine a reçu dernièrement une communication d'une observation de traces de dothiénentérie chez un fœtus de sept mois. Ce sont presque toujours des plaques réticulées que l'on rencontre chez les petits enfants : cette lésion s'observe assez souvent dans les cliniques d'accouchements. L'aperçu émis par Billard, que l'affection typhoïde enlève souvent les petits enfants, sans déterminer chez eux, comme elle le fait chez l'adulte, d'accidents adynamiques ni ataxiques,. paraîtrait donc devoir être confirmé aujourd'hui. La science demande encore de plus grands éclaircissements sur cette question non résolue.

Un autre point de l'histoire de cette maladie, très-controversé aujourd'hui, c'est la contagion, niée par la plupart des médecins de Paris, et admise par presque tous les médecins de province et par les médecins anglais. Les praticiens français lui reconnaissent, en général, le même caractère contagieux qu'à la variole, la rougeole, la scarlatine, etc. En Angleterre, on croit sa contagion encore beaucoup plus puissante, opinion que nous sommes conduit à admettre, d'après le bon nombre d'autorités médicales, et d'après la nature même de cette maladie que nous regardons comme essentielle; maladie dont la cause déterminante est inconnue, que l'on ne peut créer comme une pneumonie, ou une pleurésie, ou une péritonite, etc. ; affection qui, comme la variole ou la scarlatine, paraît n'affecter qu'une seule fois le même individu. Antagoniste de la contagion, M. Andral dit : « Nous ne nions pas les faits observés par MM. Bretonneau et Gendron, sur la contagion de la dothiénentérie; mais

ce que nous avançons avec assurance, c'est que jamais, à Paris, soit dans les hôpitaux, soit hors des hôpitaux, nous n'avons reconnu à cette maladie le moindre caractère contagieux (1). » M. Chomel reste dans le doute; il admettrait la contagion sans hésiter, si l'identité du typhus avec la fièvre typhoïde était bien démontrée. M. le professeur Forget avoue qu'élève de l'École de Paris, il a nié la contagion jusqu'à ce que, transporté en province, il ait été obligé de céder à l'évidence : il a vu, à Strasbourg, des faits irréfragables qui lui ont démontré que l'entérite folliculeuse peut affecter les personnes qui séjournent auprès des malades. « Que ce soit, dit-il, par inoculation d'un virus spécifique (contagion), ou par inspiration d'une atmosphère viciée de toute autre manière (infection), je l'ignore ; mais ce qu'il y a de positif, c'est que la maladie se communique dans certaines circonstances assez rares et encore indéterminées (2). » Pour les Anglais, la contagion est reconnue évidente. Mais M. Lombard de Genève est allé étudier leur *typhus fever*, et il a vu qu'il y avait chez eux deux espèces de fièvres continues très-distinctes l'une de l'autre : une fièvre sporadique peu contagieuse qui se rencontre dans toutes les parties de l'Angleterre, et qui ne diffère pas de notre fièvre typhoïde; puis une fièvre éminemment contagieuse, qui a sa source et son foyer en Irlande, d'où elle se répand en Angleterre et en Écosse, en suivant très-exactement les migrations des ouvriers irlandais.

Après avoir exposé les faits et les autorités sur la contagion, peut-être serait-il juste de rappeler ici que souvent ce désaccord est venu de ce que l'on a confondu la communication des maladies par contagion avec celle par infection ; que la plupart des affections morbides pouvant se transmettre aux individus qui respirent le même air vicié par l'entassement des malades, la fièvre typhoïde ne saurait faire exception, de sorte qu'elle se transmettrait par la respiration surtout, et l'introduction des miasmes délétères qui paraissent, en effet, en être la cause déterminante. Aussi on la voit se développer surtout dans les lieux où

---

(1) Clinique, tom. I, pag. 485.
(2) Ouvrage cité, pag. 466.

se trouvent l'encombrement des malades, la malpropreté, ou bien des foyers de putréfaction.

L'Académie de médecine couronna, en 1838, le mémoire de M. Gaultier de Claubry, sur l'identité de la fièvre typhoïde avec le typhus. Ce mémoire est fait d'après les diverses observations de typhus que possède la science, celles, entre autres de M. Gérhard, à Philadelphie, en 1836. M. Forget reconnaît également l'identité de ces deux maladies, qui ne sont, pour lui et M. Gaultier, que deux degrés de la même affection. Plusieurs observateurs qui ont vu par eux-mêmes ne pensent pas comme ces deux pathologistes.

M. Valleix ne reconnaît pas non plus de rapprochement entre ces deux maladies. M. Landouzi, dans son mémoire qui vient d'être couronné aussi par l'Académie, sur l'épidémie de typhus qui a régné à Reims, en 1839 et 1840, signale de très-grandes différences entre les divers symptômes de ces deux maladies. Le brillant des yeux, qui est si prononcé dans le typhus, ne l'est pas du tout dans l'affection typhoïde. M. Boudin a eu également occasion de voir le typhus plusieurs fois, à différentes époques et dans diverses contrées, ainsi que la fièvre typhoïde qu'il observe tous les jours à l'hôpital militaire de Marseille : il trouve que la différence entre ces deux maladies est tellement tranchée, qu'il ne peut s'expliquer comment elles ont pu un seul instant être considérées comme identiques ou constituant des degrés d'une même affection. « Sous le point de vue étiologique, dit-il, rien n'est plus obscur que la cause de la fièvre typhoïde; rien n'est plus clair, au contraire, que celle du typhus..... La cessation de l'encombrement fait cesser le typhus; elle ne fait que diminuer la gravité de la fièvre typhoïde...... Enfin, la lésion dothiénentérique caractéristique de la fièvre typhoïde n'existe point dans le typhus; du moins, pour mon compte, ne l'ai-je jamais rencontrée (1). » Nous n'hésitons point à regarder comme autorité sur cette question les pathologistes seuls qui jugent d'après leurs propres observations.

---

(1) Ouvrage cité, p. 165 et suiv.

THÉRAPEUTIQUE.

Nous allons jeter rapidement un coup d'œil sur les opinions des différents pathologistes concernant la thérapeutique de cette affection. Selon Laënnec, c'est une des maladies contre lesquelles l'art offre le moins de ressources, et où la nature montre le plus sa puissance. M. Chomel regarde son traitement comme un des points les plus difficiles et les plus obscurs de la médecine pratique, ce qui tient, selon lui, à la marche de la maladie qui, dans son cours, même régulier, offre de nombreuses alternatives d'amélioration et d'aggravation qui jettent presque toujours le praticien dans une continuelle incertitude sur son issue définitive. M. Littré, d'après les nombreux traités et observations sur cette maladie, reconnaît que la médecine ne possède aucun moyen sur l'efficacité duquel elle puisse compter dans cette redoutable affection. « Ni les saignées, ni les toniques, ni les vomitifs, dit-il, ne modifient grandement la marche de cette fièvre, qui suit toujours, quoi qu'on fasse, un certain développement........ Néanmoins on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'emploi judicieux de la thérapeutique exerce une action fort importante dans cette affection qui, abandonnée à elle-même, est toujours si grave; elle augmente la proportion des cas heureux, et elle met un certain nombre de chances favorables du côté des malades dans la lutte périlleuse où ils se trouvent engagés (1). » Pour M. Cruveilhier, le véritable mode de traitement est encore à trouver. « Dans quelle maladie, s'écrie-t-il, l'impuissance de l'art est-elle plus manifeste que dans l'entérite folliculeuse aiguë, qui attaque presque toujours les jeunes gens dans la force de l'âge? » M. Forget nous dit : « Il faut reconnaître en général, et particulièrement pour la maladie qui nous occupe, qu'il est des cas mortels de nécessité, et contre lesquels toutes les ressources de l'art sont et doivent rester impuissantes. L'entérite folliculeuse développée est une de ces affections que beaucoup

---

(1) Dictionnaire de médecine, article *dothiénentérie.*

de modificateurs peuvent aggraver, et qu'un bien petit nombre a le pouvoir d'améliorer. Le grand art consiste donc, en bien des cas, à éloigner les causes nuisibles, et à savoir s'abstenir..... C'est une lutte établie entre l'intensité du mal et les ressources de la nature, lutte à laquelle assiste le médecin, comme témoin chargé de s'opposer aux infractions contre les règles de ce duel à mort..... Un autre fait non moins incontestable, c'est que toute maladie curable peut guérir par toutes les méthodes (1). »

Nous voyons, par ces différentes opinions, qu'une thérapeutique spéciale de l'affection typhoïde est aussi peu reconnue que son étiologie. Notre genre de dissertation ne nous permettant pas d'analyser ni de combattre les différents traitements, nous serions entraîné beaucoup plus loin que ne comporte notre travail ; nous essaierons seulement d'indiquer le temps d'opportunité pour la méthode rationnelle, bien que nous soyons parfaitement convaincu que ce n'est qu'au lit des malades qu'on peut indiquer et apprendre à saisir le moment opportun pour telle médication plutôt que pour telle autre; distinction éminemment utile, car nous pensons, avec M. Chomel, que « le traitement qui convient à une variété de l'affection typhoïde peut être nuisible dans une variété différente, et que, dans les cas où la maladie présente successivement les phénomènes qui appartiennent à plusieurs variétés, le médecin doit ausi varier le traitement à l'instar des changements qui s'opèrent dans la forme du mal (2). » La meilleure méthode de traitement, dit aussi M. Cruveilhier, nous la trouverons au lit du malade, par des tentatives prudentes et quelquefois hardies, par la méditation des faits qui se passent journellement sous nos yeux (3), etc. C'est à ces circonstances obscures, où l'incertitude de la thérapeutique est généralement avouée, que la méthode analytique, vantée par l'illustre Barthez, présente une précieuse ressource. En suivant le guide pratique, on combat les divers états morbides élémentaires qui s'offrent pendant le cours de la fièvre typhoïde,

---

(1) Ouv. cité, pag. 553 et suiv.
(2) Fièvre typhoïde, pag. 464.
(3) Anat. patholog., 7e livraison.

suivant leurs indications rationnelles : ainsi l'on emploie les antiphlogistiques s'il existe un état inflammatoire, les évacuants quand on observe l'état bilieux, les toniques lorsque la forme adynamique prédomine, etc., etc. C'est d'après cette méthode que l'on apprécie à leur juste valeur les nombreux moyens vantés tour à tour par les médecins les plus opposés de sentiment, comme spéciaux dans le traitement de l'affection typhoïde.

Ainsi, nous pratiquerons une saignée plus ou moins forte, suivant la constitution du sujet, s'il y a des symptômes inflammatoires : une céphalalgie très-intense, le pouls développé, résistant et précipité; congestion de la face, bourdonnements d'oreille, rougeur de la langue au limbe, etc. Nous emploierons, au contraire, les vomitifs si l'embarras gastrique prédomine, si l'affection a la forme bilieuse. L'état inflammatoire et l'état bilieux peuvent exister ensemble : alors nous aurons d'abord recours à la saignée; puis, le lendemain ou le soir, nous donnerons un vomitif. Nous ne reconnaissons point d'autres médications qui, dès le principe, puissent être employées plus avantageusement.

Les symptômes adynamiques se présentent rarement dans le premier septénaire; nous cesserons toute médication antiphlogistique lorsque nous reconnaîtrons cet état : nous veillerons à entretenir le ventre libre, soit par des lavements émollients, soit même par de doux purgatifs si les fèces sortent difficilement; et, pour boisson, nous donnerons une légère limonade végétale. De larges cataplasmes émollients, appliqués continuellement sur l'abdomen, paraissent toujours produire de bons effets; nous n'oublierons jamais de les employer. C'est dans la forme adynamique légère que la méthode expectante est, sans contredit, la plus rationnelle; mais si l'adynamie augmente sensiblement, nous ne resterons point alors inactif. La diarrhée est-elle très-abondante, ou les fèces sortent-elles sans la volonté et à l'insu du malade? nous la combattrons par les lavements amidonnés et même opiacés. La région cœcale est-elle douloureuse et sa température plus élevée? nous ne craindrons pas alors, malgré l'adynamie, d'y appliquer quelques sangsues, huit à quinze, et, de préférence, deux ou trois ventouses scarifiées. Si les forces et le pouls diminuent de plus en plus, nous aurons alors recours aux

stimulants; mais avant nous essaierons quelques bouillons, et si l'estomac ne les supportait pas, nous les donnerions en lavement. Nous ferons prendre quelques cuillerées à café de vin de Madère ou de Malaga ; quelques potions éthérées ou ammoniacales, etc : nous emploierons tous les moyens connus pour réveiller les forces, pour les surexciter même. Nous ne saurions avoir entièrement le courage de M. Forget, lorsqu'il ne peut employer les antiphlogistiques, de rester dans une pénible inaction, laisser le malade lutter seul contre la mort : nous nous regarderions comme coupable de rester neutre. Tissot dit bien qu'il y a souvent beaucoup d'art à savoir s'abstenir ; mais ici ce n'est pas le cas : rappelons ce que nous a dit plus haut M. Forget..... « C'est une lutte à laquelle assiste le médecin, comme témoin chargé de *s'opposer aux infractions* contre les règles de ce duel à mort. » Nous suivrons ce premier conseil, et nous chercherons toujours de nous opposer aux infractions des règles de ce duel.

La forme ataxique est non-seulement une des plus effrayantes, mais aussi une des plus graves et des plus difficiles pour le traitement. Cependant, en considérant que l'ataxie n'est qu'une irritation générale du système nerveux, et qu'elle n'est que secondaire de la forme inflammatoire ou de la forme adynamique, nous la combattrons par la médication antiphlogistique ou tonique, suivant avec quelle forme l'ataxie sera accompagnée ou aura été précédée.

Si nous avions à adopter une méthode générale exclusive, nous ne préférerions pas, comme dit M. Cruveilhier, la méthode antiphlogistique : c'est la méthode purgative que nous choisirions, et celle que nous emploierons toujours lorsque la forme inflammatoire ne sera pas très-tranchée. Pendant un an, nous avons eu occasion d'observer tous les jours, dans le service même de M. de Larroque, l'emploi des purgatifs dans cette affection. Nous devons dire que nous n'avons pas été peu étonné de compter de suite trente et quelques cas de succès par l'émétique et l'eau de Sedlitz ; nous avons eu ensuite quelques cas de mortalité. A sa première visite du malade, M. de Larroque commence, si l'affection n'est pas trop avancée, par faire prendre *illicò* cinq à quinze centigrammes de tartre stibié, ou la poudre vomitive de l'hôpital Néker (cinq centigrammes de tartre stibié

mêlés à deux grammes d'ipécacuanha en poudre), si le sujet est faible, une femme surtout; le lendemain, il revient de nouveau au vomitif, si l'effet du premier a été nul ou peu remarquable. Après les vomissements, il fait prendre, dans la journée, de un à trois verres d'eau de Sedlitz pour faire aller le malade à la selle aussi souvent que possible; de plus, il prescrit un lavement émollient matin et soir. La présence du gargouillement dans les intestins indique toujours l'emploi de l'eau de Sedlitz : pour boisson, il donne généralement une limonade légère.

Nous pouvons affirmer que nous n'avons jamais observé, à la suite d'un vomitif ou d'un purgatif, une exaspération manifeste de la maladie; le météorisme ne se développait point comme dans les autres traitements antiphlogistiques ou toniques, et, s'il existait déjà, il disparaissait sous l'influence de la médication purgative. Nous pourrions presque dire, je crois, que les malades qui ont succombé étaient dans des cas mortels contre lesquels tout autre traitement aurait échoué. Néanmoins, nous ne regardons pas, avec notre premier maître, les purgatifs comme le seul traitement convenable à cette maladie; nous ne pensons pas, non plus, que la saignée, employée dans n'importe quelle forme de la fièvre typhoïde, soit toujours ou nuisible ou inutile, qu'elle aggrave l'affection ou retarde la convalescence (1). Il est vrai que les typhoïdes de M. de Larroque entrent généralement bien plus vite en convalescence, et recouvrent bien plus promptement leurs forces que ceux qui ont été soumis à tout autre traitement, surtout le traitement antiphlogistique.

Nous ne terminerons pas sans reconnaître l'utilité et la nécessité de renouveler l'air de la chambre du malade, de ne point l'enfermer dans ses rideaux; l'air impur qui entoure le malade est pour beaucoup dans l'évolution et la terminaison funeste de cette maladie. Nous nous rappelons que M. Rostan nous faisait remarquer, dans le coin d'une salle, deux lits vis-à-vis lesquels il n'y avait point de croisées, et où l'air se renouvelait difficilement, qui étaient souvent funestes pour les malades

---

(1) Mémoire sur la fièvre typhoïde, page 146.

qui les occupaient ; toutes les maladies y prenaient un caractère grave, surtout l'affection typhoïde : M. Rostan fut souvent obligé de faire changer le malade de lit. Lors de la convalescence, nous nous empresserons toujours de faire changer d'air, et nous recommanderons surtout le séjour à la campagne, une alimentation lentement progressive, et l'éloignement de toutes peines physiques ou morales.

FIN.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Quels sont les agents chimiques capables de neutraliser les propriétés vénéneuses des acides et des alcalis ?

Cette question entre dans le problème posé par M. Orfila dans l'introduction de sa toxicologie : « déterminer quels sont les moyens généraux propres à combattre les effets des poisons introduits dans le canal digestif. » Ce problème se résout : 1° en expulsant ou neutralisant la portion de la substance vénéneuse qui n'a pas encore eu le temps d'agir sur les tissus animaux ; 2° en remédiant aux accidents qu'elle a déjà produits. La première de ces indications est celle que nous avons à étudier. Et, d'abord, disons qu'en général elle se résout : 1° au moyen dês boissons adoucissantes prises en assez grande quantité pour déterminer des vomissements ou des selles : on a recours quelquefois aux purgatifs et aux émétiques ; 2° en faisant usage de substances qui peuvent décomposer les poisons, et les neutraliser à la température de l'estomac.

Cette dernière indication renferme explicitement notre question ; et encore avons-nous à la restreindre, puisque nous n'avons à nous occuper que dés acides et des alcalis. Dès lors, notre question se trouve résolue en deux mots : on neutralise les propriétés vénéneuses des acides introduits dans le canal alimentaire, 1° par la magnésie calcinée, 2° par l'eau de savon médicinal. Les alcalis, par l'eau vinaigrée ou une eau acidulée par un acide non vénéneux.

Considérons néanmoins que, généralement, la chimie est d'un bien

faible secours pour remédier à un empoisonnement. Et, en effet, lorsque le médecin est appelé, le poison n'a-t-il pas déjà agi ? n'est-il pas absorbé en partie ? Et, s'il existe encore dans l'estomac, la première indication, la meilleure, la plus facile et la plus naturelle, n'est-elle pas de le faire expulser, et non pas de chercher à le neutraliser, en supposant que le médecin ait sous sa main l'antidote spécifique ? On provoquera donc d'abord le vomissement en titillant la luette et en faisant prendre beaucoup d'eau tiède ou froide, ou tout autre liquide, n'importe lequel, le plus à la portée, pourvu qu'il ne soit pas vénéneux, afin que le poison, se trouvant dans un véhicule, soit plus facilement entraîné au dehors. Ensuite c'est du médecin seul, et non du chimiste, que l'intervention peut être de quelque secours.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des canaux veineux des os.

D'après les travaux récents de MM. Muller, Miescher, Breschet, Gerdy et plusieurs autres anatomistes, sur la structure des os, cette question paraît aujourd'hui résolue.

M. Gerdy, dans un mémoire lu à l'Académie, sur la structure des os, démontre que l'apparence fibreuse du tissu compacte est due à des sillons vasculaires; que ces sillons sont longitudinaux dans les os longs, rayonnés et divergents dans certains os plats; que le tissu compacte est composé de canalicules vasculaires adhérents les uns aux autres; que le tissu spongieux des auteurs est composé d'un tissu canaliculaire, d'un tissu réticulaire et d'un tissu celluleux; que le tissu canaliculaire loge des vaisseaux dans une foule de canalicules à peu près parallèles et longitudinaux dans les os longs; que le tissu réticulaire est formé de filets autour desquels les vaisseaux s'anastomosent; enfin, que le tissu celluleux, assez diversifié dans sa disposition, suit cependant certaines lois générales. Il considère l'apparence fibreuse du tissu compacte comme due à des canaux vasculaires ouverts en forme de bec de plume à la face extérieure de l'os. Le tissu compacte ne serait qu'une réunion de tubes osseux formant une enveloppe solide. Les os ne seraient qu'un réseau vasculaire ou une sorte de faisceaux de petits canaux de formes variées, représentant des étuis dans lesquels sont placés les vaisseaux sanguins. Cet anatomiste n'admet

point de contact immédiat entre la surface extérieure des tuniques vasculaires et la paroi interne de ces petits conduits osseux. Une couche d'un liquide huileux, ou suc médullaire, séparerait les tubes solides des tuniques vasculaires.

Miescher admet, dans le tissu des os, trois formes différentes dans l'arrangement de ses parties : 1° des lames qui correspondent au contour de l'os; 2° des canaux et des cellules qui entourent les lamelles concentriques; 3° des corpuscules particuliers qui sont dispersés, soit entre les lamelles, soit dans leur épaisseur même. Il pense que la substance spongieuse n'est formée que par des canalicules amplifiés ; que le canal médullaire lui-même doit être considéré comme résultant de la réunion de ces canalicules amplifiés.

M. Breschet a fait connaître le mode de vascularité et de circulation sanguine dans le tissu des os. Il a établi que les canaux veineux des os forment, par leurs divisions, leurs subdivisions et leur manière de communiquer dans les diverses substances des os, avec les canalicules et les cellules, une sorte de corps caverneux; et il compare le système osseux pénétré par une grande quantité de sang à un véritable *diverticulum sanguinis*. Il regarde les os comme étant aussi vasculaires que les tissus qui le sont le plus, bien cependant que les veines et les artères qui pénètrent la substance osseuse proprement dite n'y existent qu'à un degré de capillarité microscopique.

La grande vascularité du tissu osseux paraît donc être aujourd'hui un fait anatomique bien démontré et bien reconnu; et l'on peut s'expliquer, en pathologie, le suintement sanguin qui a lieu quelquefois dans les plaies des os, surtout dans les amputations. M. Gerdy ayant étudié sur des os calcinés, n'a pu s'expliquer l'espèce de vaisseaux renfermés dans les petits tubes : il a jugé de la vascularité des os d'après le grand nombre de petits canaux ou de petits cylindres creux dont les os sont composés. Il a cependant reconnu qu'ils contiennent des vaisseaux sanguins et un liquide huileux qu'il considère comme étant le suc médullaire.

Ces canaux à direction variée dont sont composés les os sont tellement multipliés, et avec des diamètres si différents les uns des autres, et parfois si petits, si capillaires, que le microscope peut nous les faire apercevoir

sur tous les points du tissu osseux, et même dans l'épaisseur des parois des cylindres qui entourent les vaisseaux : de manière qu'on peut dire que leurs divisions et leurs subdivisions sont à l'infini.

Ces vaisseaux microscopiques reçoivent le sang des petites artères qui pénètrent dans les os par les trous nourriciers; les moins petites pénètrent dans le canal médullaire, où d'abord elles se ramifient et s'anastomosent à l'infini dans le tissu spongieux et le tissu médullaire, pour se ramifier de nouveau dans la substance propre des os, et s'anastomoser et se ramifier encore à l'infini dans les parois mêmes des canalicules.

SCIENCES CHIRURGICALES.

—

Dans quels cas et comment pratique-t-on la résection de l'articulation radio-carpienne ?

La résection est l'opération qui a pour but le retranchement d'une portion plus ou moins considérable de l'une des pièces osseuse du squelette. Cette opération était rarement pratiquée par les anciens ; la chirurgie aujourd'hui n'est pas encore beaucoup plus hardie. Cependant Percy, Dupuytren, MM. Larrey, Moreau père et fils, Roux, etc., ont eu quelquefois recours à cette opération et avec avantage. Par cette opération, on procure immédiatement la soustraction du produit morbide. On ne doit généralement se décider à pratiquer la résection des os qu'aprés avoir long-temps essayé de vaincre le mal avec les moyens ordinaires de la thérapeutique médico-chirurgicale ; mais il importe de remarquer que l'expectation n'est pas permise aussi long-temps ici que pour l'amputation. Dans la résection, il faut agir sur le lieu même du mal ; de sorte que, si on lui laissait faire des progrés jusqu'au point d'altérer profondément ou de détruire les parties molles qui recouvrent l'os sur lequel on doit agir, la résection serait devenue impraticable, le moment véritablement propice aurait été dépassé.

La résection de l'articulation radio-carpienne a été rarement pratiquée. MM. Moreau fils, Roux, Hublié, Clémot de Rochefort, sont les seuls chirurgiens connus qui aient fait cette opération avec succès. M. Moreau ne l'a pratiquée qu'une seule fois : c'était pour une carie de l'extrémité inférieure du radius chez une jeune couturière ; les mouvements du poignet

et des doigts se conservèrent de manière que la personne put continuer son premier métier. Ce chirurgien conseille, bien qu'il n'y ait qu'un os malade, de réséquer les deux extrémités du radius et du cubitus au même niveau, parce qu'autrement la main se déjette du côté de l'os réséqué.

Cette opération peut se pratiquer assez facilement sur le cadavre, sans intéresser ni les vaisseaux, ni les nerfs, ni les tendons. M. Dubled donne un procédé que nous suivrons toujours quand le désordre du point malade nous le permettra. D'ailleurs, dans de telles opérations, le chirurgien n'agit que d'après les règles générales de l'art, qu'il applique selon les circonstances, et non d'après tel ou tel procédé fixe.

M. Dubled, après avoir pratiqué une première incision sur le côté interne de l'articulation, à partir de la base du dernier métacarpien, jusqu'à cinq ou six centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus, détache les lèvres de cette incision de la face postérieure, puis de la face antérieure du cubitus, les fait retirer en dehors, divise le ligament latéral, fait porter la main dans l'abduction, isole complètement la tête de l'os, la fait saillir le plus possible au dehors, la détache du radius, passe entre elle et celui-ci une plaque de plomb ou de bois, et, avec une scie, coupe au-dessus du mal toute l'épaisseur de l'organe affecté. La même manœuvre est mise en usage pour le bord externe de l'articulation: l'incision part de la base du pouce, passe sur l'apophyse styloïde du radius, et va jusqu'au niveau de l'incision interne; comme le cubitus est déjà réséqué, il est alors bien plus facile de renverser la main en dedans, d'amener le radius en dehors, et d'en faire l'excision. De cette manière, tous les tendons seraient conservés, et les suites de l'opération évidemment plus simples.

Si quelques-uns des os de la première rangée du carpe étaient malades et que leur ablation fût jugée nécessaire, le chirurgien pourrait l'exécuter assez facilement à l'aide du bistouri, en faisant fortement porter la main en abduction ou en adduction, de manière à faire sortir par l'incision latérale ces petits os, de sorte que l'opérateur puisse facilement diviser les nombreux petits ligaments qui les lient entre eux.

Nous pratiquerions cette opération dans le cas, par exemple, d'une plaie d'arme à feu, par un instrument piquant, soit une bayonnette

ou toute autre arme, si la tête du radius était seule intéressée, ou même les os de la première rangée du carpe, et que les parties molles ne fussent pas trop lacérées, surtout les vaisseaux ou les nerfs; autrement nous amputerions. Dans les cas ordinaires, nous la pratiquerions pour la carie de la tête du radius ou du cubitus, si toutefois la constitution du sujet nous le permettait.

SCIENCES MÉDICALES.

—

Des céphalocystes.

Par cette question, on a voulu nous demander, sans doute, toutes les hydatides non acéphalocystes : nous nous permettons cette observation, parce que, jusqu'à présent, dans aucun dictionnaire, dans aucun ouvrage, on ne trouve cette division ; néanmoins, nous la reconnaissons exacte ; car, dès l'instant qu'on appelle *acéphalocystes* les hydatides sans tête, on doit aussi appeler *céphalocystes* les hydatides qui ont une ou plusieurs têtes.

Disons, en un mot, ce qu'on entend par *hydatides acéphalocystes* ou *céphalocystes*. Ce sont des vers vésiculaires que Zeder, Rudolphi et Bremser ont classés dans le cinquième ordre des entozoaires, ou vers intestinaux, l'ordre des *cystoïdes* (*forme de vessie*). Ces vers sont comme des vésicules plus ou moins volumineuses, à parois minces et souvent transparentes, remplies d'un liquide aqueux incolore ; ils sont réunis, le plus souvent, dans une poche commune ou kyste qui se forme dans l'intérieur des organes creux, ou dans la substance même des organes parenchymateux. Ces entozoaires sont en général rapportés à quatre genres sous les noms *acéphalocystes*, *cysticerques*, *échynocoques*, *cœnures* ou *polycéphales*. Ce dernier n'a jamais été observé chez l'homme ; c'est lui qui, en se développant dans la substance cérébrale des moutons, leur cause la maladie connue sous le nom de *tournis*.

D'après cette division des hydatides, notre question *des céphalocystes* se trouve ne se rapporter qu'aux cysticerques et aux échynocoques.

Cysticerque (*vessie à queue*). — Cet entozoaire se trouve ordinairement dans le tissu cellulaire, le foie, le mésentère, le cœur, les poumons, les yeux, le cerveau, les muscles, etc., dans tous les organes. C'est à la présence de ces animaux qu'est due la maladie des porcs connue sous le nom de *ladrerie*.

Le cysticerque est presque toujours contenu dans un kyste membraneux, au milieu d'une sérosité plus ou moins abondante; rarement il en existe plusieurs dans la même poche. Cet entozoaire présente les caractères suivants : corps cylindrique ou légèrement déprimé, et comme formé d'anneaux imbriqués, terminé par une vésicule caudale remplie d'une sérosité limpide; pourvu d'une tête très-petite, souvent imperceptible à l'œil nu, terminée par une sorte de trompe obtuse qui est couronnée par une ou deux rangées de petits crochets allongés, cylindroïdes et imperforés, et garnie à sa base de quatre papilles ou suçoirs; la tête est supportée par un cou rétréci. Le cysticerque a la faculté d'exercer quelques mouvements d'ondulation; il peut dilater ou resserrer la vessie caudale, allonger le cou et la tête, ou les faire rentrer dans l'intérieur de son corps, à la manière du limaçon, par exemple, lorsqu'il fait sortir et rentrer ses tentacules.

Échynocoque. — Cet entozoaire a également été trouvé dans presque tous les organes parenchymateux de l'homme. Il se trouve en plus ou moins grand nombre dans des poches ou kystes remplis d'un liquide diaphane, limpide ou légèrement coloré. Bremser dit de l'échynocoque : « ce sont de petits corps pourvus de quatre suçoirs et d'une couronne de crochets qui nagent librement dans l'hydatide. A mesure que ces petits corps microscopiques grossissent, ils prennent peu à peu la forme sphérique; les crochets se détachent, et il se produit de nouveaux échynocoques dans ces petits corps changés eux-mêmes en hydatides. Les nouveaux échynocoques sont des petits-fils de l'hydatide primitive, qui ne fut elle-même probablement d'abord qu'un corps microscopique semblable. » C'est Rendsorff qui, le premier, a très-bien vu et fait figurer ces petits animaux. M. de Blainville nous les donne dans l'atlas de l'ouvrage de Bremser qu'il a annoté.

Comme question de médecine, nous ne pouvons pas nous étendre

beaucoup sur la thérapeutique des céphalocystes. Que peut faire, en effet, la médecine, là où il y a ignorance complète de l'étiologie et le plus souvent du diagnostic? Les céphalocystes, ou les hydatides en général, existent souvent dans le corps de l'homme sans occasionner le moindre accident, sans que l'on puisse soupçonner leur présence.

Dans le cas où nous reconnaîtrions la présence de ces entozoaires, nous suivrons les conseils de Bremser : faire changer de régime ; employer les vermifuges à l'extérieur en forme de friction. Les muriates de mercure et de soude semblent avoir sur cette espèce d'entozoaires une action spéciale et déterminer leur mort. Si ce traitement ne réussit pas, et qu'il n'y ait qu'un ou deux kystes, nous aurons recours aux moyens chirurgicaux dans le cas où ils seront applicables.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES ❋, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET ❋ ✠.	*Clinique médicale.*
LORDAT ❋.	*Physiologie.*
DELILE ❋, Exam.	*Botanique.*
LALLEMAND ❋.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL ❋.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ❋, Présid.	*Anatomie.*
DELMAS ❋.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH ❋.	*Pathologie médicale.*
SERRE ❋.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD ❋.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR ✠.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN.
BATIGNE, Exam.
BERTRAND.
DELMAS Fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET Fils.

MM. TOUCHY, Exam.
JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALAGUIER.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3 Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !